

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD**

**ESPECIALIZACIÓN EN PEDAGOGÍA PARA EL DESARROLLO AUTÓNOMO**

**ESCUELA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN ECEDU**

**Lecciones Aprendidas de la Política Pública de Escuelas Saludables en Norte de Santander a través de la estrategia Territorios Libres de Comida Chatarra que permitan formular una cátedra de aprendizaje autónomo en Salud Pública**

**Myriam Alicia Pérez de Torres**

**Asesor: Jenny Fabiola Hernández Niño**

**Bogotá, 2015**

## **Resumen Analítico Educativo**

Los entornos saludables constituyen una estrategia importante de promoción de la salud y calidad de vida y gestión del riesgo en salud. Lo anterior permite inferir que en su mayoría los factores predisponentes de patologías crónicas (enfermedades cardiovasculares, cáncer, desórdenes metabólicos), provienen de factores ambientales como los inadecuados hábitos alimenticios, las comidas procesadas, la falta de actividad física, entre otras. A partir de esto, esta monografía se enmarca en la Línea de Investigación Educación y Desarrollo humano y presenta una revisión bibliográfica de los conceptos, procesos y metodologías de la Política Pública de Escuelas Saludables en Norte de Santander y su estrategia “Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra”. Determinando los antecedentes normativos, seguido de la evolución en la implementación de la estrategia y determinación de su impacto y concluir con la propuesta de una Cátedra de Salud Pública como un modelo de política intersectorial y comunitaria orientada al fortalecimiento de estilos de vida saludables en la seguridad alimentaria y nutricional de la población escolar Norte Santandereana.

***Palabras clave:*** Saludable, Promoción, Prevención, Escuelas, Cátedra, Salud Pública, Comida, Chatarra

## Índice General

1. Introducción.....	7
1. Descripción del problema.....	11
2. Justificación .....	9
3. Objetivos.....	14
4.1. Objetivo general: .....	14
4.2. Objetivos específicos: .....	14
5. Marco Teórico .....	15
5.1. Marco contextual.....	15
5.1.1. Contexto territorial.....	15
5.1.2. Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander .....	17
5.2. Antecedentes y Marco normativo .....	20
5.3. Marco conceptual .....	23
5.3.1. Atención integral:.....	23
5.3.2. Calidad de vida: .....	23
5.3.3. Cultura de salud .....	24
5.3.4. Determinantes Sociales de la Salud .....	24
5.3.5. ¿Qué es un Entorno?:.....	24
5.3.6. ¿Qué son Entornos Saludables?:.....	24
5.3.7. ¿Qué es la Política de Entornos Saludables? .....	24
5.3.8. ¿Qué es Escuela Saludable?.....	24
5.3.9. Entornos educativos saludables .....	25
5.3.10. Entornos comunitarios saludables.....	25
5.3.11. Entornos de trabajo saludables.....	26
5.3.12. Ecosistemas estratégicos saludables .....	26
5.3.13. Equidad en salud .....	27
5.3.14. Estrategia: .....	27

5.3.15.	Hábitat saludable.....	27
5.3.16.	Infancia y adolescencia: .....	27
5.3.17.	Intersectorialidad: .....	28
5.3.18.	Intrasectorialidad: .....	28
5.3.19.	Política de Estado.....	28
5.3.20.	Política de Gobierno .....	28
5.3.21.	Política social: .....	28
5.3.22.	Política pública.....	28
5.3.23.	Vivienda saludable.....	28
5.3.24.	La comida chatarra.....	29
5.3.25.	Concepto de Salud .....	29
5.3.26.	Promoción de la salud (Health promotion):.....	30
5.3.27.	Prevención de la enfermedad (Disease prevention .....	30
5.3.28.	Educación para la salud (Health education): .....	30
6.	Aspectos Metodológicos.....	32
7.	Resultados.....	33
7.1.	Identificación de los antecedentes legales por medio de un inventario y revisión de políticas, normativa y documentos técnicos.....	33
7.2.	Revisión de la implementación de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en Norte de Santander.....	36
7.2.1.	Herramientas para la Escuela propuestas en la Política.....	36
7.2.2.	El sobrepeso en la edad escolar .....	37
7.2.3.	Consumo de comida chatarra en instituciones educativas .....	38
7.2.4.	El consumo de comida chatarra y su impacto en la salud.....	39
7.2.5.	La publicidad de la comida chatarra .....	40
7.2.6.	La seguridad alimentaria en Colombia .....	40
7.2.7.	Programas de Atención Escolar –PAES .....	41
7.3.	Descripción del impacto de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en la población escolar Norte Santandereana. ....	42

7.3.1.	Impacto en el desarrollo de un campo de estudio .....	42
7.3.2.	Impactos sobre la productividad y competitividad .....	43
7.3.3.	Impactos regionales .....	43
7.3.4.	Impactos sobre la calidad de vida de la población.....	44
7.3.5.	Impactos sobre las políticas públicas .....	44
7.3.6.	Impacto del no desarrollo del programa a partir del diagnóstico previo (análisis situacional).....	45
7.4.	Propuesta de la Cátedra de Salud Pública como un modelo de política intersectorial y comunitaria orientada al fortalecimiento de estilos de vida saludables en la seguridad alimentaria y nutricional de la población escolar Norte Santandereana. ....	45
7.4.1.	¿Por qué desde la educación preescolar? .....	50
8.	Conclusiones y recomendaciones .....	55
	Referencias.....	58

## **Índice de Tablas**

Tabla 1. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Norte de Santander, 2005 – 2011 .....	18
Tabla 2. Inventario de políticas, normativa y documentos técnicos .....	21
Tabla 3. Roles y Compromisos de Actores Involucrados Política de Entornos Saludables 2007 – 2010.....	34
Tabla 4. Bases de alimentación para la población infantil colombiana.....	38
Tabla 5. Matriz de necesidades y satisfactores .....	46
Tabla 6. Satisfactores singulares del Desarrollo Humano .....	48

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Subregionalización del Departamento de Norte de Santander .....	15
Figura 2. Participantes en el desarrollo de las Estrategias de Entornos saludables en Colombia .....	33

## **1. Introducción**

Los entornos saludables constituyen una estrategia importante de promoción de la salud y calidad de vida y gestión del riesgo en salud. El impacto de estos entornos tiene vital importancia, ya que trasciende el momento en el que se presenten y permiten al niño construir una cultura de autocuidado que perdurará por siempre. Adicionalmente, la educación en salud alimentaria y de bienestar físico, no sólo afecta al receptor, sino que también articula a los padres de familia y en general a la sociedad ( Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá , 2002). De acuerdo a lo anterior, es muy importante hacer énfasis en el nuevo enfoque prioritario de atención en salud, la promoción y la prevención, más que el tratamiento y la curación, por tanto, se pretende desde la educación en los niños crear un paradigma de vida sana y encaminar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida escolar y un futuro profesional (Organización de las Naciones Unidas, 2014).

Es este sentido, los hábitos de vida saludable, se enmarcan dentro del contexto sistémico de la sociedad y exponen el protagonismo que tienen en el entorno, la cultura, las condiciones sociales y la enseñanza impartida desde las escuelas. Es así como la educación desde edades tempranas es una estrategia global que se debe magnificar porque tiene un impacto ambiental y cultural dirigido al estudiante, pero que influye también en la sociedad. El fundamento de este enfoque evita consecuencias en la salud que no solo le quitan productividad al individuo, si no que afectan el sistema de salud ya que siempre será más costoso curar que prevenir (Organización Panamericana de la Salud , 1996).

Vale la pena mencionar que en la evolución del conocimiento sobre estos temas de salud, se ha evidenciado que en su mayoría los factores de mayor trascendencia en el desarrollo de patologías crónicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los desórdenes metabólicos, entre otras, provienen de factores ambientales tales como los inadecuados hábitos alimenticios, las comidas procesadas y la falta de actividad física (Ministerio de Protección Social, Ministerio del Medio Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Educación, 2006).

Esta monografía da respuesta e identifica que el mejor proceso de desarrollo humano a partir del aprendizaje autónomo será aquel que permita elevar la calidad de vida de las

personas. Lo anterior parte de que la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales, en este sentido según Max-Neef, Elizalde, & Hopenhayn (2010) las necesidades humanas pueden desagregarse conforme a dos (2) criterios posibles: según categorías existenciales y según categorías axiológicas, esta descripción se ampliará en el capítulo de resultados. Sin embargo, dicha combinación permite operar con una clasificación que incluye, por una parte, las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar; y, por la otra, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad. A partir de lo anterior, la estructura curricular de la especialización en Pedagogía para el Desarrollo del Aprendizaje Autónomo, permite articular el interés en la enseñanza y el aprendizaje del individuo humano, a través del fomento de la autogestión de la educación en salud desde edades tempranas, enseñando promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación TICS y acompañando a los niños en el ser y el hacer de hábitos saludables como personas autónomas que aportan también al contexto al que pertenecen.

Es por esto que se requiere revisar y generar documentos guía que permitan conocer, divulgar y articular las diferentes estrategias que promuevan y fomenten la creación de entornos saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y de esta manera incidir en su bienestar. A partir de esto, este documento presenta una revisión bibliográfica de los conceptos, procesos y metodologías de la Política Pública de Escuelas Saludables en Norte de Santander y su estrategia “Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra”. Esta monografía se enmarca en la Línea de investigación Educación y Desarrollo Humano y empieza con un inventario de políticas, normativa y documentos técnicos, seguido de la evolución en la implementación de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en Norte de Santander, para posteriormente, describir su impacto y concluir con la propuesta de una Cátedra de Salud Pública como un modelo de política intersectorial y comunitaria orientada al fortalecimiento de estilos de vida saludables en la seguridad alimentaria y nutricional de la población escolar Norte Santandereana.



## **1. Justificación**

La globalización ha permitido el cambio de algunas conductas que han generado consecuencias a corto y mediano plazo sobre el estilo de vida de las personas. En particular ha aumentado la obesidad posterior al excesivo procesamiento de alimentos, una vida con poca actividad física y aumento del consumo de comida rápida (Cutler, Glaeser, & Shapiro, 2003). La obesidad asociada a malos hábitos alimentarios se ha convertido en un problema universal, cuyas implicaciones incrementan los índices de morbilidad y mortalidad en países desarrollados y subdesarrollados. Esta problemática está en su mayoría asociada a obesidades mórbidas de difícil control en niños y adultos que implican grandes esfuerzos y costos para los sistemas de salud de cada país. Es responsabilidad del estado controlar y disminuir este problema y enviar así el deterioro de la calidad de vida de las personas y su promedio de vida (Organización de las Naciones Unidas, 2014).

En relación con lo anterior, vale la pena aclarar que la obesidad se incrementa cada vez más, especialmente en los países desarrollados, problemática que se manifiesta más en las personas pobres e inmigrantes de sociedades industrializadas. Precisamente, al respecto Acosta, (2013) plantea que en Norte de Santander el problema de la obesidad en los niños ha aumentado considerablemente en los últimos años. Entre un 15% a un 18% de los niños y adolescentes son obesos o tienen algún grado de sobrepeso.

Aunque en ciertos países el exceso de peso podría atribuirse a una alimentación basada en comida rápida rica en grasa, otra de sus causas principales es el azúcar que muchos fabricantes añaden a los alimentos para mejorar el sabor. En Colombia y en el departamento de Norte de Santander muchas dietas de venta en establecimientos escolares contienen más aceites comestibles y grasas lo que eleva el consumo de calorías (Gamboa & Forero, 2008).

A partir del contexto planteado, es claro que el crecimiento del sobrepeso y su contraparte, la desnutrición es preocupante, no solo por los problemas de salud a los que predispone y como se había mencionado aunque los problemas de sobrepeso y desnutrición están presentes en todos los niveles socioeconómicos, son problemáticas totalmente prevenibles. La evidencia encontrada en la bibliografía, ratifica la necesidad de atender estos problemas desde sus inicios y no permitir que alcance niveles superiores de complicaciones en la salud, el desempeño académico y laboral (Baum & Ruhm, 2009).

Puesto que la obesidad y desnutrición se extienden con rapidez entre los niños de edad escolar sobre todo en lugares donde se ha reducido la recreación y la actividad física, es urgente que los padres y educadores físicos cobren conciencia de la relación que existe entre una adecuada nutrición y la actividad física.

En ese contexto, el presente proyecto es pertinente para la promoción de dietas sanas y de la actividad física en el ambiente escolar, con el objetivo de reducir la obesidad y también los riesgos vinculados a la hipertensión, las enfermedades cardíacas, la diabetes y ciertos tipos de cáncer (Congreso de la República de Colombia, 2009).

El aprendizaje escolar es un proceso complejo en el que inciden múltiples factores. La alimentación escolar es una estrategia que ha demostrado ser efectiva para contribuir a la incorporación y permanencia de los estudiantes y de la comunidad en general en la vida de la escuela, en los programas de salud y nutrición, y para promover el cambio social, consolidar los derechos humanos y la democracia. Sin embargo, estas condiciones solo se logran cuando las instituciones y sedes educativas son vistas como centros donde interactúan los diferentes sectores de intervención social, y cuando el Programa de Alimentación Escolar es objeto de un cuidadoso diseño y administración, para tener el máximo impacto sobre la educación y el desarrollo humano.

## **2. Definición del problema**

Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), (2014), sobre el estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, la persistencia de la malnutrición y del hambre retrasa el logro de otros objetivos del milenio. Uno de estos objetivos que se ven privados es el desarrollo de una buena capacidad cognitiva y de aprender en poblaciones de niños y niñas.

En consecuencia, una nueva política mundial surge enfocada a asegurar el bienestar, la salud, la nutrición y el aprendizaje de los niños y niñas y contribuir a su desarrollo como humanos, haciendo el mejor uso de los recursos. En América Latina esta política está representada por los Programas de Alimentación Escolar (PAE), (Programa Mundial de Alimentos , 2013). A pesar de su amplio uso en diversos países de América Latina un gran número de limitaciones surgen al implementar un PAE, una de ellas y quizá la más importante es la falta de políticas alimentarias nutricionales lo que hace difícil establecer los objetivos y procedimientos y un set de normas y procedimientos para implementar un PAE. Adicionalmente la falta de capacitación del personal, su ineficiente participación y su inestabilidad hacen que este tipo de programas sean débiles, lo que influye sobre dos factores importantes: (1) Limita el apoyo político y administrativo, al no presentar un marco fuerte de implementación. (2) Limita la participación a nivel local en vista que existe una falta de conciencia sobre la importancia del programa.

Aterrizando esta situación al Departamento de Norte de Santander y según el Ministerio de educación Nacional, (2015), desde 1950 se han implementado intervenciones nutricionales, dirigidas principalmente por el Instituto Nacional de Nutrición creado en 1963 y actualmente incorporado como una división dentro del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Adicionalmente, el consejo Nacional de Alimentación y Nutrición permitió establecer el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN). El PAN (1996-2005) tenía como objetivo enfrentar las tres dimensiones del problema alimentario nutricional, que son las disponibilidad, el consumo y la utilización biológica de los alimentos. Los resultados del PAN concluyeron en la aprobación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN), política actual de regulación en Colombia (Departamento Nacional de Planeación , 2008).

A pesar que en Colombia existe un PAN y una PSAN, la aplicación de estas políticas públicas no ha incidido de manera decisiva en el mejoramiento nutricional de los colombianos y para el caso los Norte Santandereanos. El principal problema radica en la falta de adecuación de su formulación con una perspectiva basada en los derechos humanos. El lugar de los derechos humanos ha sido desplazado por el mercado, en donde la asignación de recursos al mercado ha obstaculizado la distribución de activos enfocados a disminuir el hambre y la desnutrición.

Adicionalmente, tanto los recursos destinados como las políticas alimentarias han tenido una baja efectividad, mostrando pocos avances en el mejoramiento nutricional de la población. Actualmente, en Norte de Santander se han definido una línea de objetivos relacionados a la reducción de la desnutrición (peso por edad) de los niños. Las metas en términos de prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años de edad fue de 7% para 2005 y es de 3% para 2015. Lamentablemente según el Instituto Nacional de Bienestar Familiar, (2009) en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), la meta para 2005 no fue alcanzada, dado que entonces era de 12%, prácticamente igual a la que se tenía en el año 2000.

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) (2008), plantea el mejoramiento de uno de los retos del milenio en Colombia, impactando la calidad de los alimentos, de tal manera que sean aptos para el consumo humano, asegurando que no represente un riesgo (biológico, físico y químico) que menoscabe la salud. En ese sentido se hace pertinente en Colombia y en el departamento de Norte de Santander, la implementación de programas que permitan alcanzar este reto y el desarrollo de programas de control de la calidad de los alimentos en niños escolares es una necesidad prioritaria en el país.

El estado nutricional de los escolares está determinado por el contexto en el cual se desarrollan y con la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos. Un gran número de estudios realizados en América Latina y en los países en desarrollo coinciden en que existe asociación entre el bajo poder adquisitivo, limitado nivel educativo, malas condiciones de higiene y la poca inocuidad de los alimentos, con las altas tasas de desnutrición ( Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura , 2014). Adicionalmente, es importante considerar el contexto escolar y su rol en el estado nutricional, los cuales se ven influenciados por el ambiente en el cual el niño se desarrolla. Bajo este contexto se formula el siguiente planteamiento de problema:

¿Hace falta determinar las lecciones Aprendidas en el Proceso de Implementación de la Política Pública de Escuelas Saludables en Norte de Santander a través de la estrategia Territorios Libres de Comida Chatarra a fin de crear una cátedra que promueva el aprendizaje autónomo de los estudiantes en lo referente al autocuidado de su salud y los estilos de vida saludable?

### **3. Objetivos**

#### **4.1. Objetivo general:**

Realizar una revisión bibliográfica para determinar las lecciones aprendidas de la Implementación de la Política Pública de Escuelas Saludables en el departamento de Norte de Santander a través de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en la población escolar.

#### **4.2. Objetivos específicos:**

1. Identificar los antecedentes legales por medio de un inventario de revisión de políticas, normativa y documentos técnicos.
2. Revisar la evolución de la implementación de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en Norte de Santander.
3. Describir el impacto de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en la población escolar Norte Santandereana.
4. Proponer la Cátedra de Salud Pública como un modelo de política intersectorial y comunitaria orientada al fortalecimiento del aprendizaje autónomo de estilos de vida saludables en la seguridad alimentaria y nutricional de la población escolar Norte Santandereana.

## 5. Marco Teórico

### 5.1. Marco contextual

#### 5.1.1. Contexto territorial

El departamento de Norte de Santander se compone de 40 municipios, cada uno con especificidades geográficas, económicas, sociales, políticas y culturales divididas en 6 subregiones. A continuación se presenta en la figura 1 dicha distribución:

**Figura 1. Subregionalización del Departamento de Norte de Santander**



Fuente: Comité Técnico Interinstitucional de Educación, 2008

Norte de Santander está situado en el extremo nororiental de Colombia, en la zona de frontera con la República Bolivariana de Venezuela, entre los 6°58' de latitud norte y 72°03' y 73°35' de longitud occidental. Tiene una superficie de 21.987 Km<sup>2</sup> equivalente al 1.93% del área total de Colombia. Limita por el norte y oriente con Venezuela para constituir la zona de

frontera activa más importante del país, por el sur con los departamentos de Santander y Boyacá y por el occidente con los departamentos de Santander y Cesar. Fue creado como Departamento mediante la ley 14 del 25 de julio de 1910 y comprendía las provincias de Cúcuta, Ocaña, Pamplona y 25 municipios. Su ciudad capital es San José de Cúcuta y actualmente cuenta con 40 municipios que conforman su base política administrativa y la unidad territorial objeto del plan de gestión territorial. En el Departamento se encuentra una población de más de 1.435.237 habitantes a 2003, concentrados en aproximadamente 366.535 hogares de los cuales se encuentra el 73 % en el sector urbano y el restante 27 % en el sector rural, aspecto que refleja un estado de urbanización concentrado en un 58% en el Área Metropolitana de Cúcuta, la cual presenta una población de aproximadamente 871.015 habitantes.

Con respecto a las comunidades indígenas existe un promedio un total de 4055 habitantes distribuidos en dos etnias: La Motilón Barí, descendiente de la familia Arawak, que significa “auténticos en la relación con la naturaleza y todo lo que en ella contiene”, representa el 86% de la población indígena total, asentadas en 18 comunidades localizadas en la parte norte del departamento en los municipios de El Carmen, Convención , Teorama ,El Tarra y Tibú. La etnia Uw’a- tunebos, que significa “gente inteligente que sí sabe hablar”, descendientes de la familia Chibcha, localizados al sur del departamento en los municipios de Toledo y Chitagá, asentada en 7 comunidades, que representan el 16% de la población indígena total. En cuanto a la actividad económica de los habitantes del departamento, el 24,06% se dedica al comercio, el 19.83 % se dedica a la agricultura, el 10.77 % a la industria manufacturera, el restante 45.33 % de la población se dedica a la construcción, educación, labores domésticas, transporte, entre otras actividades. Los niveles de educación formal se pueden considerar bajos, ya que se revela que en el Departamento solamente el 4.29 % de la población tiene niveles de profesionalización, el 6.38 % tiene nivel secundario completo, el 21.64 % presenta niveles secundarios sin terminar, el 14.81 % alcanza niveles de primaria completa y el 36.51 no alcanza a completar la primaria (Comité Técnico Interinstitucional de Educación Ambiental, 2013).



### **5.1.2. *Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander***

- **Abordaje de los efectos de salud y sus determinantes**

A nivel general, el grupo de causas que presentan mayor tasa de mortalidad ajustada por edad en el departamento Norte de Santander son las enfermedades del sistema circulatorio, cuya tendencia ha sido a la disminución durante el periodo evaluado, pasando de 196.6 a 169.5 muertes por cada 100.000 habitantes entre 2005 y 2011; En segundo lugar se encuentra el grupo de “demás causas”, observándose un comportamiento al aumento, pasando de 119 a 142.7 muertes por cada 100.000 habitantes entre los años anteriormente mencionados, siendo los años con mayor tasa 2008 y 2009. El tercer lugar lo ocupan las neoplasias de comportamiento variable durante los años 2005 a 2008 (oscilando entre 94 y 101 muertes por cada 100.000 habitantes), teniendo un leve descenso en 2009, pero aumentando durante los años 2010 y 2011, ubicándose en 102 muertes por cada 100.000 habitantes para este último año (Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander 2013, 2013).

- **Subgrupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas**

Durante el 2005 a 2011 se presentaron 96 defunciones en menores de 5 años como consecuencia de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, el 81.2% relacionadas con desnutrición y otras deficiencias nutricionales. Su tendencia durante este periodo ha sido a la disminución pasando de 13.28 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el 2005 a 4.71 por cada 100.000 menores de 5 años en el 2011; El grupo de menores de un año es el más afectado, observándose una tasa igual a 30.4 por cada 100.000 durante ese mismo año (Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander 2013, 2013).

**Tabla 1. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Norte de Santander, 2005 – 2011**

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Tasas específicas 2005	Tasas específicas 2006	Tasas específicas 2007	Tasas específicas 2008	Tasas específicas 2009	Tasas específicas 2010	Tasas específicas 2011
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales (E40-E64)	Menores de 5 años	13.28	12.10	13.09	7.78	2.34	4.70	4.71
	Entre 1 y 4 años	6.37	6.51	3.79	2.88	0.00	0.98	0.98
	Menores de 1 año	42.94	36.51	53.46	28.53	12.00	19.62	19.47
Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E34, E65-E88)	Menores de 5 años	0.74	3.03	2.31	3.11	0.78	3.13	0.00
	Entre 1 y 4 años	0.00	1.86	1.90	0.96	0.97	1.95	0.00
	Menores de 1 año	3.90	8.11	4.11	12.23	0.00	7.85	0.00

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2011

- **Identificación de prioridades principales en la morbilidad**

Realizando la identificación de prioridades en morbilidad, se logró establecer como principales causas de atención a nivel general las enfermedades no transmisibles para todos los ciclos vitales, excepto en la infancia donde prevalecen las condiciones transmisibles y nutricionales. Específicamente dentro de la morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales, la principal causa de atención en primera infancia y personas mayores de 60 años son las deficiencias nutricionales, mientras que en los demás ciclos vitales son las enfermedades respiratorias. En el grupo de enfermedades no transmisibles, las condiciones orales predominan en la infancia, adolescencia y juventud. En la primera infancia las enfermedades de la piel ocupan la principal causa de atención, mientras que en la adultez lo ocupan las enfermedades musculo-esqueléticas y en las personas mayores de 60 años las enfermedades cardiovasculares (Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander 2013, 2013).

- **Disponibilidad de alimentos:**

- Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: Según la encuesta nacional de situación nutricional para la vigencia 2010, la duración media de la

lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es 0.7, muy por debajo del nivel nacional, la cual se ubicó en 1.8 meses.

- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer: De acuerdo a las estadísticas vitales del DANE para la vigencia 2011, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer fue igual a 6.23%, aproximadamente 3 puntos porcentuales por debajo del observado en el país. La tendencia de este indicador ha sido a la disminución durante el último año.
- Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años: La desnutrición global en menores de 5 años para el 2010 se ubicó en 9.8%, muy por debajo a la estimada para el país (13.2%), aunque sin diferencias significativas.
- Prevalencia de desnutrición crónica: Para el 2010, la prevalencia de desnutrición crónica en población menor de 5 años en Norte de Santander fue igual a 2.9%, medio punto porcentual por debajo de la registrada en Colombia.
- Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años: En el Departamento para el 2010 según la encuesta nacional de situación nutricional, el 16.4% de la población masculina entre 18 y 64 años es obesa, proporción igual a la observada en el país.
- Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años: En Norte de Santander para el 2010 según la encuesta nacional de situación nutricional, el 15.1% de la población femenina entre 15 y 49 años es obesa, proporción similar a la registrada a nivel nacional.
- Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas menores de cinco años (6 meses 4 años): Para el 2010, el 30.4% de la población menor de 5 años presentaba anemia nutricional, proporción por debajo de la observada en el país, aunque sin diferencias significativas (Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander 2013, 2013).
-

## 5.2. Antecedentes y Marco normativo

En 1992 se da inicio a la política Escuelas Saludables en Colombia junto con la política de Municipios Saludables. Estas políticas están en estrecha relación con la promoción de la salud en el marco de la Constitución Política de 1991. Posteriormente, hacia el año 1997 el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 4296 del 19 de noviembre del mismo año, creó y reglamentó el Premio Municipios Saludables por la Paz, pretendiendo resaltar el fomentar estilos de vida saludables en su población, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el mismo año, el entonces Ministerio de Salud, implementó en Colombia la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud diseñada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Posteriormente en el año 1999, las siguientes entidades: Ministerios de Salud y Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, y la OPS/OMS, firmaron un acuerdo para el desarrollo de la estrategia «Escuela Saludable, la Alegría de Vivir en Paz». En el año 2002 existió un momento de pausa en el desarrollo de estas políticas por la reestructuración de las entidades del Estado, esta pausa solo se prolongó durante un año, ya que en el 2003 el Ministerio de la Protección Social retomó el liderazgo de la Estrategia de Escuela Saludable, para lo cual se reactivó el Comité Técnico Nacional de la Estrategia de Escuela Saludable con la participación de instituciones, tales como: los Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el ICBF, las Secretarías de Salud de Bogotá y Cundinamarca, el SENA, Acción Social y la Universidad Nacional de Colombia, entre otros (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Después de los acontecimientos mencionados se dio inicio a la articulación de la Estrategia de Escuela Saludable a la de Vivienda Saludable. Lo que dio inicio en el año 2006 a los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables, Escuela Saludable y Vivienda Saludable. Con la integración de las dos estrategias se constituye la Estrategia de Entornos Saludables con la firma de una agenda de cooperación interinstitucional en diciembre de 2006. Para dar soporte al desarrollo normativo de estas políticas y teniendo como marco de referencia la “Declaración del Milenio” promulgada por Naciones Unidas en el año 2000, Colombia ha venido desarrollando marcos estratégicos para la formulación e implementación de instrumentos de política pública, estas herramientas corresponden a documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES 091 y 102, el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

(en el cual queda incluido el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010) y la Agenda Visión Colombia 2019 - Segundo Centenario. el Comité Técnico Nacional de Entornos Saludables – CTNES, propuso un Plan de Acción Intersectorial<sup>1</sup> en Junio de 2007, producto de los acuerdos pactados en la “Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables”, suscrita en diciembre de 2006 (Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación, 2006).

De lo anterior se infiere que Colombia es un país pionero en Latinoamérica en la promulgación de entornos saludables. Por tanto posee una amplia normatividad direccionada por los Ministerios de la Protección Social, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, y Educación Nacional y otras entidades públicas (Ministerio de la Protección Social, 2006). A continuación en la tabla 1 se enumeran los documentos normativos que dan soporte al desarrollo de estas políticas y los principios competentes que las rigen y que aplican al departamento de Norte de Santander.

**Tabla 2. Inventario de políticas, normativa y documentos técnicos**

<b>Norma</b>	<b>Descripción</b>
<b>Ley 115 1994</b>	Por la cual se expide la Ley General de Educación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Ley 100 de 1993</b>	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Conpes Social 91 de 2005</b>	Reúne los ocho (8) objetivos del milenio y define las metas particulares para el país y las estrategias a desarrollar para su consecución (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2005).
<b>Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables – Escuela saludable y vivienda saludable, 2005</b>	Orienta el desarrollo de políticas, planes y programas en pro de la salud y el bienestar social desde un enfoque intersectorial desde sus antecedentes, elementos conceptuales, políticas públicas y esquema operativo y desarrolla de forma secuencial y práctica el tema de vivienda y escuela saludable (Ministerio de Protección Social, Ministerio del Medio Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Educación, 2006)
<b>Ley 1098 de 2006</b>	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Plan Nacional de Desarrollo - Desarrollo para todos 2006-2010</b>	Establece la gestión del riesgo orientada hacia a la prevención y la ampliación del concepto de desarrollo social y el mantenimiento del impulso económico (Departamento Nacional de Planeación, 2007).
<b>Conpes 109 de 2007</b>	Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la

	primera infancia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Ley 1122 de 2007</b>	Prioriza las necesidades y enfoque las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad hacia la consecución de mejores índices de salud poblacionales (República de Colombia, 2007).
<b>Decreto 3039 de 2007</b>	Crea el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007/2010 enfocado en el mejoramiento de la salud integrada al concepto de bienestar y calidad de vida (República de Colombia, 2007) .
<b>Ley 1151 de 2007</b>	Define preferencias en salud de los próximos cuatro (4) años así como competencias de cada sector involucrado en la intervención de los determinantes y garantías de salud en la población.
<b>Resolución 425 de 2008</b>	crea la metodología para orientar a los actores gubernamentales en la formulación, gestión y evaluación de los planes territoriales de salud (Ministerio de la Protección Social, 2008)
<b>Decreto 028 de 2008</b>	Brinda asistencia técnica para el uso de sistemas de información y elaboración de indicadores que permitan determinar la pertinencia en la asignación de recursos para los diferentes sectores territoriales (Ministerio de la Protección Social, 2008).
<b>Conpes 113 de 2008</b>	Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Ley 1438 de 2011</b>	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Ley 1450 de 2011</b>	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Conpes 140 de 2011</b>	Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
<b>Resolución 1841 de 2013</b>	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. El cual se enmarca en los resultados arrojados en virtud del proceso de participación social, sectorial e intersectorial, constituyéndose en una política pública de gran impacto social, que orientará la salud pública del país en los próximos diez (10) años.
<b>Ley 1753 De 2015</b>	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, que se expide por medio de la presente ley, tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación, de largo plazo prevista por los objetivos de desarrollo sostenible (República de Colombia, 2015).

**Resolución número 1536 de 2015**

Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. La resolución tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establecer las obligaciones que para contribuir con este propósito, deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), que serán de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución (República de Colombia, 2015).

**Resolución 0518 de 2015**

Define el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PIC, Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PIC (República de Colombia, 2015).

Fuente: Elaboración propia, 2015

### **5.3. Marco conceptual**

Para dar soporte a lo desarrollado hasta este momento, se debe contextualizar las siguientes definiciones a fin de especificar el alcance conceptual de esta monografía y de esta manera sentar las bases de comprensión y articulación de la temática desarrollada.

**5.3.1. Atención integral:** entendida como la respuesta a las necesidades de salud individual, familiar y colectiva, a través de la integración de las acciones ínter y transectoriales para propiciar la prosperidad en salud; el énfasis del SGSSS está dirigido a la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención y la rehabilitación de la enfermedad; además de las acciones requeridas para garantizar la prestación de servicios, de manera sistemática y ordenada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**5.3.2. Calidad de vida:** es la percepción de un individuo de su posición en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Es una construcción social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

- 5.3.3. *Cultura de salud*:** apoya los procesos que propenden por el mejoramiento de la calidad de vida de la población. El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje fundamental en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.4. *Determinantes Sociales de la Salud*:** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.5. *¿Qué es un Entorno?*:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2009) es el espacio en donde se desarrollan procesos de interacción activa con espacios físicos, biológicos, ecosistemas, comunidades. Se identifica por tener un espacio físico definido, un grupo de personas con roles definidos, y una estructura organizacional. Algunos ejemplos de entornos pueden ser: escuelas, viviendas, lugares de trabajo, y hospitales.
- 5.3.6. *¿Qué son Entornos Saludables?*:** La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2009) identifica estos espacios como aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, el hogar, los sitios de estudio, los lugares de trabajo y el esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”.
- 5.3.7. *¿Qué es la Política de Entornos Saludables?*:** Establece un plan sistemático que permita la reducción del riesgo y la promoción de factores protectores en salud existentes en los entornos, especialmente en los más amenazados y vulnerables, y fomenten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009).
- 5.3.8. *¿Qué es Escuela Saludable?*:** Según la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud, (2009) se definen como espacios geográficos en donde desarrollan sus funciones las comunidades educativas, en otras palabras en donde se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos. La Escuela Saludable contribuye al desarrollo humano de los escolares propiciando acciones integrales de promoción de la salud,



prevención de la enfermedad en torno al centro educativo, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños y los jóvenes a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia y comunidad (Ministerio de la Protección Social, 2009).

**5.3.9. Entornos educativos saludables:** Según los lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables Vivienda y Escuela Saludables del año 2006, los entornos educativos saludables son definidos como “el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa; donde se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, se buscan alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno. Los entornos educativos saludables (jardín, escuela, universidades) contribuyen al desarrollo humano de la comunidad educativa, propiciando acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad en torno al centro educativo, promoviendo el desarrollo humano sostenible de las niñas, los niños, los adolescentes y los jóvenes, a través del desarrollo de habilidades y destrezas para cuidar su salud, la de su familia, su comunidad y su ambiente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

**5.3.10. Entornos comunitarios saludables:** El entorno comunitario está constituido por un conjunto de escenarios, esencialmente espacios públicos, en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, enmarcados en relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar su salud y que han sido construidas históricamente. En ellos se expresa la gestión intersectorial y la participación social, como mecanismo de ejercer la gobernanza en salud ambiental, para la afectación de los determinantes socio-ambientales. También se establecen compromisos de trabajo conjunto y coordinado entre la población, la sociedad civil y las entidades con diferentes responsabilidades en la salud ambiental de una comunidad. En los espacios comunitarios se acumula el capital social que permite el fortalecimiento de la co-responsabilidad y el autocuidado, la identificación de necesidades, y el desarrollo de las respuestas con participación de todos los actores sociales. De igual forma, en este entorno se incluyen escenarios de naturaleza mixta, en los cuales se da la realización de los procesos de inspección, vigilancia y control dirigidos a los establecimientos de especial interés sanitario, entre los que se encuentran los lugares de residencia de la población con condiciones diferenciales, tales como la población privada de la libertad, la fuerza pública residente en

bataillones, refugios temporales de desplazados o personas damnificadas por fenómenos como desastres naturales, y personas de tercera edad residentes en hogares de protección (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**5.3.11. Entornos de trabajo saludables:** El entorno laboral es el espacio del territorio donde las personas y los grupos sociales se organizan para producir bienes y servicios; en él se expresan las relaciones construidas socialmente, que determinan exposiciones diferenciales y resultados desiguales en la salud de las personas en función de la posición ocupacional en las cadenas productivas nacionales y transnacionales. El entorno laboral, en los grupos sociales en los cuales la vivienda es el mismo espacio para la producción, debe ser priorizado para las intervenciones intersectoriales. Todas las autoridades de los niveles territoriales deberán priorizar a la población laboral del sector informal para vincularlas en sus políticas de protección, según sus competencias, e informar al Ministerio de Trabajo y a sus niveles territoriales para su afiliación al Sistema de Riesgos Laborales y demás mecanismos de protección laboral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**5.3.12. Ecosistemas estratégicos saludables:** La mayor parte del territorio nacional ha sido sometida a usos no sostenibles, que han dado como resultado una disminución de la capacidad productiva de los ecosistemas, por disminución de la biodiversidad, problemas de erosión, sedimentación, contaminación del suelo y el agua y afectación del balance hídrico, la contaminación del aire, la disponibilidad del agua para consumo humano, el desabastecimiento, entre otras razones. En conjunto, estos procesos han tenido un impacto importante en la salud pública, por lo que requieren una respuesta intersectorial, mediante políticas y acciones dirigidas a prevenir y mitigar el deterioro y recuperar los ecosistemas que proveen bienes y servicios ecológicos indispensables para el desarrollo nacional, regional y local, y proteger la biodiversidad y la diversidad cultural. De manera específica se incluyen en estos ecosistemas los bosques, páramos, cuencas hídricas, humedales, manglares, mares. Los ecosistemas estratégicos tienen importancia no solo a nivel local, regional y nacional, sino también a nivel global, porque en ellos se desarrollan procesos bio-geo-químicos, que contribuyen a mantener la vida de las especies y las comunidades, incluyendo la humana. Entre ellos se puede mencionar el mantenimiento del ciclo del agua o el mantenimiento de la composición química de la atmósfera (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**5.3.13. Equidad en salud:** Justa oportunidad de todos para atender la salud y desarrollar el potencial de vida. El concepto equidad implica igualdad, justicia social y libertades; por lo tanto, que todas las personas alcancen su potencial de salud con independencia de sus condiciones sociales y económicas. Implica reducir las desventajas sociales y sus efectos innecesarios y evitables sobre la salud entre los grupos más desprotegidos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**5.3.14. Estrategia:** Es el conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo, que se llevan a cabo para lograr un determinado fin. La estrategia es un modelo coherente, unificador e integrador de decisiones, en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción y prioridades en la asignación de recursos. Se pueden distinguir tres tipos de estrategias: de corto, mediano y largo plazo, según el horizonte temporal. La estrategia es la ruta que siguen las grandes líneas de acción de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública para alcanzar los propósitos, objetivos y metas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**5.3.15. Hábitat saludable:** Se constituye por diversos entornos, que pueden favorecer y propiciar la salud y calidad de vida de la población. Su condición depende de múltiples factores, entre los que se destacan los procesos productivos sostenibles en todos los sectores de la economía; se hace énfasis en la explotación pecuaria, agrícola, maderera, energética, minera, manufacturera, y en la prestación de servicios de transporte y turismo. Se reconoce que los procesos productivos sostenibles se apoyan en la innovación tecnológica, en el autocontrol de los gremios de la producción, en los incentivos generados por el Estado y en la vigilancia y gestión de la sociedad civil (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**5.3.16. Infancia y adolescencia:** La etapa de ciclo vital de primera infancia, infancia y adolescencia, en el Plan Decenal de Salud Pública, subraya la importancia de que sean las personas el centro de la acción sectorial, intersectorial y transectorial, reconociendo a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, para garantizar efectivamente su atención integral, impactar positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y contribuir a disminuir la inequidad, identificando los procesos prioritarios por adelantar en cada territorio en los diferentes trayectos de vida, con un énfasis específico en los primeros mil días de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

- 5.3.17. Intersectorialidad:** Es la intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante acciones destinadas total o parcialmente a abordar la búsqueda de soluciones integrales. Crea mejores soluciones que la sectorialidad, porque permite compartir los recursos que le son propios a cada sector. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.18. Intrasectorialidad:** referida a actores, entidades o instituciones de un mismo sector (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.19. Política de Estado:** Es todo aquello que una sociedad y su gobierno desea implementar en forma permanente, para que trascienda a través del tiempo sin que se vea afectada por uno o varios cambios de gobierno. Obedece a un interés fundamental, por lo que debe conservarse en forma permanente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.20. Política de Gobierno:** Es aquella que dura mientras esté vigente el gobierno que la concibió (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.21. Política social:** Es el segmento de la política general (de la acción de gobierno), orientado a la sociedad en general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.22. Política pública:** Es la respuesta que el Estado o poder público otorga a las necesidades de los gobernados, en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios. Involucra una toma de decisiones, y previamente un proceso de análisis y de valorización de dichas necesidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).
- 5.3.23. Vivienda saludable:** Una vivienda saludable alude a un espacio de residencia caracterizado por un conjunto de condiciones que influyen de manera favorable en los procesos de restauración, protección y promoción de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje de sus moradores. Este espacio incluye: la casa (el refugio físico donde residen individuos), el hogar (el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo), el peri-domicilio (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes)” (Documento 03. Lineamientos Nacionales para la aplicación y el desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables Vivienda y Escuelas Saludables 2006. Documento 05. Manual de Gestión Territorial Estrategia de Entornos Saludables 2006).

Posterior a la contextualización de la definición macro de entornos, se presentan a continuación los conceptos relacionados con la estrategia Territorios Libres de Comida Chatarra:

**5.3.24. La comida chatarra:** Es un tipo de alimentos y bebidas caracterizadas por su alto contenido de azúcares, grasas y sal (Agencia de Normas Alimentarias del Reino Unido – Foods Standards Agency-), con buen sabor, económicas y vienen en empaques que les permiten sean ingeridas en cualquier lugar y no necesitan alguna preparación adicional antes de ser consumidos ( Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe, 2009) Este término fue cuñado por Michael Jacobson en 1972; son alimentos que a pesar de aportar algunos escasos nutrientes, también poseen otros, que al ser ingeridos regularmente pueden afectar la salud. El blanco hacia el cual apuntan las empresas vendedoras de este tipo de alimentos son los niños y adolescentes, por lo tanto se les puede encontrar en las tiendas escolares de instituciones tanto públicas como privadas, acompañadas de campañas publicitarias que incentivan su consumo. La economía y el fácil acceso a estos productos permiten que los padres de familia los consideren como una alternativa en la dieta de los niños y decidan emplearlas en las loncheras de sus hijos en lugar de las verduras o frutas. Estudios mundiales enfocados en las dietas basadas en este tipo de alimentos arrojan como resultado que dietas basadas en este tipo de alimentos inciden en las tasas de sobrepeso, obesidad, anemia (por su bajo o nulo contenido de hierro), diabetes, hipertensión y problemas cardíacos, infartos cerebro-vasculares y algunos tipo de cáncer ( Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe, 2009).

**5.3.25. Concepto de Salud:** La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (Organizacion Mundial de la Salud, 1986).

**5.3.26. Promoción de la salud (*Health promotion*):** proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Organización Mundial de la Salud, 1986).

**5.3.27. Prevención de la enfermedad (*Disease prevention*):** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 1986).

**5.3.28. Educación para la salud (*Health education*):** La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Referencia: definición modificada. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones 14

sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la abogacía por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término promoción de la salud, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la educación para la salud para distinguir entre estos dos términos (Organización Mundial de la Salud, 1986).

## **6. Aspectos Metodológicos**

En relación con el objetivo planteado para el desarrollo de este trabajo y teniendo como premisa que se trata de un trabajo de grado tipo monografía, la metodología empleada consta de: realización de exploraciones documentales de mínimo 40 referencias bibliográficas incluyendo material impreso, magnético y/o electrónico. La adquisición de las referencias citadas se fundamentó en documentos que suministraron información en entornos saludables, escuelas saludables, prevención de la enfermedad (gestión del riesgo en salud), promoción de la salud, comida chatarra, salud pública y revisión teórica de la normatividad que permite determinar lineamientos de la política estudiada. Se incluyeron publicaciones oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, libros especializados y páginas web; se excluyó aquella información cuya fecha de publicación exceda 30 años a la fecha, excepto en los aspectos de antecedentes que requirieron información complementaria.

Con base a las anteriores fuentes se efectuó un análisis detallado de las Lecciones Aprendidas en el Proceso de Implementación de la Política Pública de Escuelas Saludables en el Departamento de Norte de Santander y su estrategia Territorios Libres de Comida Chatarra.

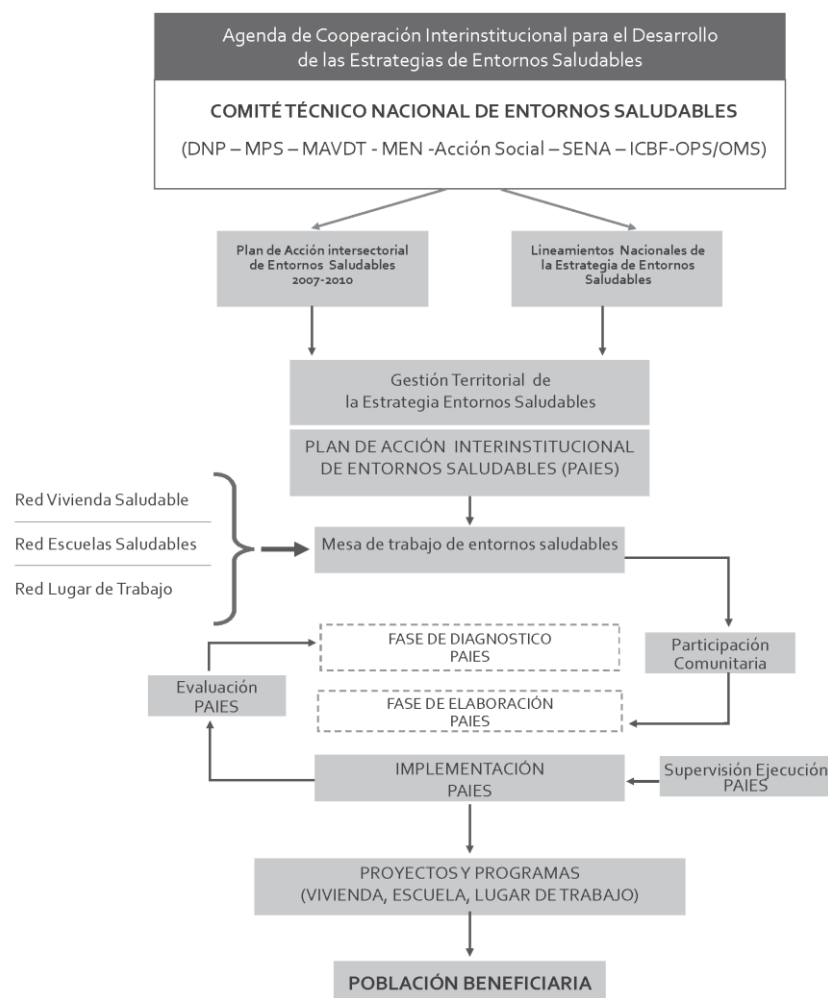


## 7. Resultados

### 7.1. Identificación de los antecedentes legales por medio de un inventario y revisión de políticas, normativa y documentos técnicos.

Posterior a la revisión de los antecedentes y marco normativo presentado en el capítulo marco teórico, se puede inferir que la política nacional entornos saludables ha sido una propuesta interesante y articulada desde varios ministerios, así como desde organizaciones internacionales, esto se muestra en la figura 1.

**Figura 2. Participantes en el desarrollo de las Estrategias de Entornos saludables en Colombia**



Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2006

Es evidente que existe un interés del estado Colombiano en el cumplimiento del conjunto de objetivos y metas para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer, que han de beneficiar al colectivo de la población colombiana. Todo lo anterior en el marco del cumplimiento de las metas del milenio, en el cuadro 1 se evidencian los roles de cada uno de los participantes en la construcción y desarrollo de la política.

**Tabla 3. Roles y Compromisos de Actores Involucrados Política de Entornos Saludables 2007 – 2010**

<b>Actor</b>	<b>Roles y Funciones</b>
<b>Ministerio de la Protección Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover el Programa Nacional de Fomento de una Cultura en Salud Ocupacional a través de la Estrategia.</li> <li>-Gestionar ante la Dirección General de Salud Pública, la inclusión de la Estrategia de Entornos Saludables como proceso transversal para el abordaje de las acciones colectivas de salud pública, en el Plan Nacional de Salud Pública.</li> </ul>
<b>Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incluir dentro de los factores de calificación de los proyectos de vivienda de interés social, un componente socio educativo alrededor de la vivienda saludable Divulgar y promover la estrategia “Vivienda Saludable” en los eventos que organice el Vice-ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial.</li> <li>-Realizar el Primer Foro interinstitucional e intersectorial de la Vivienda Saludable en Colombia. Diseño de una Estrategia para el desarrollo del componente socio educativo por parte de los constructores de vivienda de interés social que favorezcan la convivencia de la familia y el sano desarrollo de la niñez en los hogares.</li> <li>-Implementación de las estrategias “Entornos saludables” en el proyecto mejoramiento de vivienda en la Isla de Providencia Desarrollo del</li> </ul>

	proceso educativo en entornos saludables en el proyecto Fronterizo “Colombia - Ecuador”.
<b>Ministerio de Educación Nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Articular la Estrategia con el proyecto Estilos de Vida Saludable que va a desarrollar el Ministerio. Apoyar el fortalecimiento de redes sociales que integren familia y comunidad.</li> <li>-Identificar, sistematizar y divulgar experiencias significativas de Entidades Territoriales que trabajen en estilos de vida saludable.</li> </ul>
<b>Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incluir contenidos sobre entornos saludables en los programas de formación que se relacionen. Formar multiplicadores de las estrategias de entornos saludables.</li> <li>-Fortalecer los programas de formación con perfiles ocupacionales definidos por cada uno de los sectores, de manera que respondan a las estrategias de entornos saludables</li> <li>-Desarrollar acciones de formación con contenidos sobre la aplicación de los instrumentos existentes.</li> </ul>
<b>Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional - ACCIÓN SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementar los conceptos de vivienda saludable en el programa hábitat.</li> <li>-Evaluar anualmente con recursos propios los resultados de al menos una acción del programa hábitat que incluya los conceptos de vivienda saludable.</li> <li>-Desarrollar acciones de formación con contenidos sobre la aplicación de los instrumentos existentes.</li> </ul>

Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2006

Estas políticas, en definitiva, constituyen una herramienta positiva para el logro de gobiernos saludables. La correcta implementación de estas herramientas permite abordar integralmente el concepto de desarrollo humano articulado al fomento de la productividad y aumento de calidad de vida. La promoción de la salud se convierte entonces, en un tema de amplio espectro al que deben acudir todos los sectores y disciplinas y especialmente el

estado, ya que es su deber velar por el bienestar de su población. La formulación y promulgación de una política pública con objetivos claros y transversales a otros ámbitos de una nación permite generar soluciones a problemas sociales. Sin embargo, es necesario revisar de manera crítica los aciertos y desaciertos de las políticas implementadas, especialmente en el departamento de Norte de Santander a fin de generar aspectos de mejora y potenciación de los elementos eficaces (Rodríguez & Díaz, 2009).

## **7.2. Revisión de la implementación de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en Norte de Santander**

### ***7.2.1. Herramientas para la Escuela propuestas en la Política***

La herramienta, tiene como objeto que los niños y niñas descubran e introduzcan en la práctica social, herramientas para la identificación, evaluación, y manejo de los factores de riesgo en el entorno (la vivienda, la escuela y el medio), para prevenir y controlar la influencia del ambiente domiciliario y peri-domiciliario en su salud, la de su familia y la comunidad educativa. La Unidad didáctica “Entornos Saludables”, permite el estudio de factores de riesgo y su interrelación con la salud, la nutrición y los hábitos higiénicos, a través de actividades lúdicas que posibilitan la observación, la exploración, y el desarrollo de capacidades relacionadas con la descripción, narración, representación y explicación. La herramienta consta de dos manuales:

- Guía del Docente
- Cartilla de los niños y de las niñas.

La herramienta se compone de seis unidades de aprendizaje:

- Ubicación, infraestructura y espacio
- Protección y métodos de tratamiento del agua
- Excretas y aguas residuales

- Los residuos sólidos
- Medidas de control de insectos y roedores
- Alimentos e higiene

Esta es una herramienta desarrollada para ponerla en marcha dentro en la escuela y tiene como propósito, despertar la conciencia de los niños y jóvenes acerca del tema de la calidad del agua de bebida y la necesidad de protección de las fuentes de agua para consumo humano. La herramienta propone una metodología innovadora y amigable que los profesores y niños pueden desarrollar con facilidad; se trata de pruebas de laboratorio sencillas y confiables. Esta herramienta educativa busca promover tanto el espíritu investigador como el cuidado y protección de los recursos naturales.

La metodología está dirigida a niños y jóvenes, bajo la dirección de un profesor, y propone el uso de bioensayos (pruebas de laboratorio), sencillas, confiables, de bajo costo y que pueden ser usadas como una alerta temprana para evaluar la calidad toxicológica del agua (Ministerio de la Protección Social, 2006).

### ***7.2.2. El sobrepeso en la edad escolar***

Actualmente el sobrepeso y la obesidad son declarados a nivel mundial como problemas de salud pública, Colombia y específicamente el Departamento Norte de Santander es uno de los departamentos en dónde se han incrementado de manera alarmante estas patologías, esto ha generado la creación e implementación de la ley 1355 de 2009 o ley de obesidad (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010). Es de conocimiento generalizado, que un adecuado consumo de frutas y verduras al día es un factor protector de enfermedades crónicas no transmisibles y para obtener, los beneficios anotados, la ingesta debe ser de al menos 400g de frutas y verduras diarios que representan un 8% de la ingesta calórica total por día, en términos de porciones, la recomendación anterior se expresa en un consumo mínimo de cinco porciones al día (dos de frutas y tres de verduras) esta información se representa en la tabla 4 (Jacoby & Keller, 2006). El consumo excesivo de las grasas saturadas, tiene un efecto no benéfico para la salud igual al de las grasas trans, en este sentido, la legislación colombiana declara como obligatorio especificar el contenido de las grasas saturadas y trans en el etiquetado nutricional. La ley también plantea una regulación

del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos, estos deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio Salud y Protección Social y del ICBF, estas guías son una herramienta educativa que orientan a la población sobre el consumo de alimentos, con el fin de proveer un completo bienestar nutricional y son una forma práctica de alcanzar las metas alimentarias de un país (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2012).

**Tabla 4. Bases de alimentación para la población infantil colombiana**

<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Prescolar /número de porciones</b>	<b>Escolar/número de porciones</b>	<b>Adolescentes/número de porciones</b>
<b>Cereales, raíces, plátanos y tubérculos</b>	6	6	6 a 10
<b>Hortalizas, Verduras, Leguminosas verdes</b>	2	2	2
<b>Frutas</b>	3	4	4
<b>Carne, vísceras, pollo, pescado, huevo, leguminosas secas</b>	1	1 a 2	2
<b>Leche, kumis, yogur, queso</b>	2	2	3
<b>Grasas</b>	6	6	6 a 8
<b>Azúcares y dulces</b>	4	5	5

Fuente: ICBF. Guías Alimentarias para la población mayor de 2 años, 2012

### **7.2.3. Consumo de comida chatarra en instituciones educativas**

El estilo de vida acelerada en nuestros tiempos ha marcado una tendencia en cuanto al consumo de alimentos, pasando de los preparados en casa a aquellos que se obtienen fácilmente en el mercado (Arboleda, 2013). Los niños y jóvenes pasan entre seis (6) y ocho (8) horas en las instituciones educativas durante aproximadamente 12 años de su vida, por lo

tanto lo que comen durante su estadía en el colegio tendrá un impacto a corto, mediano y largo plazo en su salud, ya que las enfermedades no transmisibles se generan desde la infancia por los hábitos de vida (Unicef, 2012).

Las instituciones educativas son lugares de aprendizaje integral, sin embargo, deben ser consecuentes con lo que se imparte en cuanto a la enseñanza sobre salud y alimentación. Es así que las instituciones educativas pueden contribuir a cambiar hábitos alimenticios, ofreciendo a sus estudiantes frutas de estación, refrescos naturales y otros alimentos que no posean conservantes; en este caso es recomendable que se cuente con un nutricionista con quien busquen alternativas que favorezcan la alimentación y por ende la salud de niños y jóvenes (Arboleda, 2013).

Algunos centros educativos se preocupan por la nutrición de sus alumnos y han empezado a establecer reglas en cuanto a lo que debe vender y a lo que deben llevar los estudiantes a estos centros; situación está que permite encaminar a los niños y jóvenes y sus familias a seguir una alimentación balanceada y sana (Acosta, 2013).

#### ***7.2.4. El consumo de comida chatarra y su impacto en la salud***

Dentro de los problemas de salud más importantes y que pueden ser prevenibles, se encuentran aquellos relacionados con los hábitos alimenticios, como la hipertensión, malnutrición (baja capacidad cognitiva) dislipidemias, infartos, diabetes tipo 2, osteoporosis, caries dental, cáncer, sobrepeso y obesidad, donde esta última adicionalmente se encuentra relacionada con depresión y discriminación social ( Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe, 2009).

Todas ellas son conocidas como enfermedades no transmisibles, aquellas no contagiosas, causadas por el estilo de vida sedentario y las elecciones en cuanto a la alimentación, dentro de las cuales están la obesidad, hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes, tabaquismo, hipercolesterolemia entre otras, según la OMS son las principales causas de mortalidad en el mundo ( Rodríguez & Díaz, 2009)

La delantera en cuanto a problemas en escolares lo lleva el sobrepeso, ya que existe una alta probabilidad de mantenerse y ser adultos obesos y que la salud termine por deteriorarse por otras enfermedades asociadas al mismo. Parte de esta problemática está en

que los padres al no tener mucho tiempo disponible para compartir con sus hijos, dejan estos al cuidado de la televisión, donde se encuentran expuestos a todo tipo de comerciales de comida chatarra ( Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe, 2009).

Según las estimaciones de la OMS en el año 2005 cerca de 20 millones de menores de cinco (5) años padecían de sobrepeso, es así que esta organización estima que para el 2015, la cantidad total de habitantes será de 2300 millones, donde 700 millones serán obesos (Gamboa & Forero, 2008)

#### **7.2.5. *La publicidad de la comida chatarra***

La OMS (2004) indica que “la publicidad está considerada como un factor ambiental que contribuye a las enfermedades no transmisibles. Lamentablemente, la información acerca de buenos regímenes alimentarios y nutrición (incluyendo etiquetado de alimentos) es muy pobre y solo llega a pequeños grupos, mientras la publicidad llega a todos lados y causa consecuencias negativas en el régimen alimentario y de salud. Ese es el caso de los niños, a quienes se les dirige grandes esfuerzos en comercialización de alimentos”.

La agencia de Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe, (2009) en su reporte señala que en un estudio realizado en los Estados Unidos, reportó que los sábados en horas de la mañana, una franja considerada como de audiencia infantil, el 49% de los comerciales eran de productos alimenticios, donde cerca del 91% eran altos en grasa, sodio o azúcar agregada o bajos en nutrientes; adicionalmente estos productos eran presentados por personajes populares y ofrecían regalos por su compra.

#### **7.2.6. *La seguridad alimentaria en Colombia***

Según la Red de Gestores Sociales, (2015), la seguridad alimentaria es el “acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos, de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso”. Es esta seguridad alimentaria, la que se ve afectada por factores como el nivel de ingreso, el contexto sociocultural, los hábitos y prácticas de la población entre otros (Red de Gestores



Sociales, 2015). Así mismo esta red reconoce que la inseguridad alimentaria genera pérdidas económicas y por tanto debe ser reconocida y atendida con el fin de mejorar la calidad de vida de las poblaciones vulnerables y del resto de ciudadanos.

Son varios los programas de seguridad alimentaria que se vienen trabajando en Colombia, uno de ellos es el de Norte de Santander, que cuenta con seis (6) ejes de acción, donde se resaltan especialmente tres (3). 1. Desarrollo de alternativas comunitarias de complementación alimentaria, 2. Sistema de vigilancia alimentaria y 3. Desarrollo de proyectos productivos generadores de seguridad alimentaria, todos ellos tendientes a mejorar y mantener el estado nutricional de los menores del departamento a través de la educación de la población adulta en el aprovechamiento y diversificación de productos agropecuarios locales, con su posterior vigilancia de cumplimiento de los objetivos (Red de Gestores Sociales, 2015).

En el año 1994 el gobierno nacional creó el Comité Nacional de Nutrición y Seguridad Alimentaria (CONSA) que posteriormente aprobó el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN 1996 – 2005) que se sustenta en pilar tan importantes como seguridad alimentaria, prevención y control de las deficiencias nutricionales, promoción de la salud, alimentación y estilo de vida saludables, entre otras (Red de Gestores Sociales, 2015).

#### ***7.2.7. Programas de Atención Escolar –PAES***

La ventaja de este programa es que permite la participación de todo el personal de la institución educativa y de la comunidad, adicionalmente este programa puede incrementar la asistencia de escolares, disminuir la deserción y mejorar el rendimiento, así como fortalecer las cadenas productivas (Kofi Annan, 2002); Uno de sus objetivos principales es mejorar los hábitos alimentarios y contribuir a la dieta, por ende mejorar el estado nutricional y aliviar el hambre.

Sin embargo, una de sus limitaciones es la falta de políticas alimentario nutricionales, así como la falta de normas y procedimientos y la escasa o ineficiente participación a nivel local. Japón una de las ciudades donde se ha implementado el PAES busca el “mantenimiento y mejora del desarrollo de las mentes y los cuerpos de los niños y niñas a través de una dieta balanceada” a través de tres estrategias básicas como el establecimiento de un sistema de

enseñanza y guía de alimentación y nutrición, el mejoramiento del contenido nutricional de los alimentos y del ambiente de consumo y la promoción de la educación alimentaria y nutricional (Barrial & Barrial, 2012).

Por las razones antes expuestas en este texto, las instituciones educativas, el estado y la comunidad científica deberían estar unidas con el fin de brindar las mejores opciones nutricionales que faciliten el rendimiento académico y una salud óptima. Lo que se lograría promoviendo dentro de las instituciones educativas alimentos saludables, así como aumentar la publicidad del consumo de los mismos, señalando sus ventajas (Cutler, Glaeser, & Shapiro, 2003).

Debido a las diferencias socioeconómicas y a la diversidad cultural, en Norte de Santander se observan brechas en el desarrollo con repercusiones en los menores de edad en cuanto a lo que atañe a alimentación, crecimiento y si hablamos de los mayores de edad lo que más se afecta es la productividad. En Norte de Santander la zona rural es la región con mayor prevalencia en retraso en el crecimiento debido a la insuficiencia en la alimentación de algunos micronutrientes (Red de Gestores Sociales, 2004-2005).

### **7.3. Descripción del impacto de la estrategia Escuelas Territorios Libres de Comida Chatarra en la población escolar Norte Santandereana.**

#### ***7.3.1. Impacto en el desarrollo de un campo de estudio***

A partir de la revisión hecha en esta monografía, se aportará nuevo conocimiento acerca de la situación actual de la alimentación en Norte de Santander y el impacto que el cambio de hábitos (reducir el consumo de comida chatarra) tendrá para la población particular involucrada. Se evidenciará la calidad nutricional de la alimentación que actualmente se brinda a los estudiantes de las instituciones seleccionadas. Se demostrará a los estudiantes, profesores y padres de familia acerca del bajo aporte nutricional que brinda la comida chatarra y los alimentos que se deben consumir de acuerdo al contenido de proteínas, fibra, vitaminas y minerales que poseen.

Es importante que se generen proyectos que difundan la información sobre el daño que provoca el consumo de comida chatarra y el impacto que tiene sobre los estudiantes cambiar su dieta con alimentos sanos. Es por esta razón, se recomienda emplear medios de comunicación y difusión de los resultados para promover el apoyo de la sociedad a nivel regional y nacional para la solución de esta problemática.

A partir del conocimiento adquirido en el proyecto se pueden implementar futuras estrategias y acciones efectivas que involucren a todos los actores asociados, con el fin de crear condiciones para una alimentación saludable y de calidad, que garanticen el óptimo estado nutricional de la población utilizando como referente el enfoque regional y sus potencialidades.

Se plantea como un proyecto posterior elaborar cartillas de requerimientos alimentarios esenciales y estándares nutricionales que servirán como guías en las escuelas acerca de los alimentos que se deben distribuir, así como sistemas de monitoreo y evaluación del programa de alimentación libre de comida chatarra.

### ***7.3.2. Impactos sobre la productividad y competitividad***

Se fomentará la cooperación entre los diferentes grupos de investigación y desarrollo que participarán el proyecto, los cuales se fortalecerán a nivel técnico y científico al integrar y compartir experiencias y conocimientos en las áreas de la educación, alimentación y salud.

### ***7.3.3. Impactos regionales***

Se espera que por medio de este tipo de proyectos se evite la comercialización de productos considerados como “comida chatarra” en las instituciones educativas del país. Esto con el fin de fomentar el aumento de opciones alimenticias saludables en las escuelas. Si los niños están bien alimentados, se reducirá el índice de enfermedades asociadas a una mala alimentación, lo que mejorará las condiciones de vida de ellos y sus familias.

Con este proyecto se espera establecer un sistema de enseñanza y guía de alimentación y nutrición, motivar a los profesores a enseñar la importancia de la ingesta de

alimentos saludables, de una nutrición balanceada y su relevancia para el óptimo desarrollo de los niños. Se implementará el diálogo con los padres y niños acerca de la importancia de una alimentación saludable y nutritiva. A partir de estos avances, se busca asegurar el bienestar, la salud, la nutrición y el aprendizaje de los niños y niñas, y contribuir a su desarrollo como seres humanos, adicionalmente, se espera incrementar la asistencia, disminuir la deserción y mejorar el rendimiento de los estudiantes de la región, lo que mejorará el proceso de aprendizaje y desempeño escolar.

#### ***7.3.4. Impactos sobre la calidad de vida de la población***

Se espera reducir el consumo de comidas que no aportan los nutrientes necesarios para mantener una buena salud (comida chatarra) en las escuelas participantes y con esto, reducir el riesgo de padecer obesidad, diabetes y demás enfermedades asociadas a una mala alimentación en los niños y niñas pertenecientes a las escuelas asociadas al proyecto y se fomentará el consumo de comidas con adecuados niveles nutricionales.

Este cambio de hábitos alimenticios a través de una dieta balanceada se verá reflejado en una mejor nutrición de los estudiantes, que permitirá un mayor desarrollo de sus mentes y cuerpos, y por ende se espera aumentar su rendimiento escolar. Se incentivará la participación activa de los padres de familia, profesores y la comunidad en general.

#### ***7.3.5. Impactos sobre las políticas públicas***

Se generarán propuestas y se señalarán los elementos esenciales de la alimentación escolar que permitan fortalecer las políticas nacionales asociadas a la alimentación de la población pediátrica en Colombia.

Se espera generar conciencia sobre la necesidad de fortalecer e innovar las políticas de alimentación escolar y sobre la importancia de este programa de alimentación para que sea implementado en otras escuelas públicas o privadas ya sea a nivel regional, departamental o nacional. Se fomentará la autoevaluación de las prácticas de alimentación en las escuelas para

establecer si cumplen y son parte integral del enfoque de escuela saludable y realizar la promoción de la educación alimentaria y nutricional.

#### ***7.3.6. Impacto del no desarrollo del programa a partir del diagnóstico previo (análisis situacional)***

Una de las razones del retraso en el logro del objetivo de una educación de calidad es la persistencia del hambre y la malnutrición en los niños. Esto contribuye a reducir la capacidad cognitiva y de aprendizaje de los niños y niñas. La comida chatarra que es consumida diariamente por los niños se caracteriza por tener alto contenido de calorías, grasa saturada, grasas trans, sodio y azúcar. Es necesario implementar mecanismos de seguimiento, control y evaluación de resultados e impactos para garantizar el aporte de nutrientes que los niños y niñas necesitan, a través del fortalecimiento y la innovación de programas de alimentación sana.

Si no generamos consciencia en los padres y profesores acerca de la importancia que tiene la buena alimentación en las etapas de desarrollo de los niños, se seguirán presentando problemas como las enfermedades asociadas a la malnutrición y el bajo rendimiento escolar.

Por estas razones, es necesario generar un sentido de responsabilidad institucional y comunitaria para velar por el bienestar de nuestros niños que se encuentran en pleno desarrollo corporal y mental.

#### **7.4. Propuesta de la Cátedra de Salud Pública como un modelo de política intersectorial y comunitaria orientada al fortalecimiento de estilos de vida saludables en la seguridad alimentaria y nutricional de la población escolar Norte Santandereana.**

Como se ha planteado en este documento, la línea de investigación a la que pertenece corresponde a la de Educación y Desarrollo humano, en este sentido y como se mencionó en la introducción, es necesario determinar y profundizar en la interacción entre necesidades y satisfactores que permiten definir la calidad de vida. Los satisfactores pueden ordenarse y

desglosarse dentro de los cruces de una matriz que, por un lado, clasifica las necesidades según las categorías existenciales de ser, tener, hacer y estar; y por el otro, las clasifica según categorías axiológicas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. La matriz que se presenta en el cuadro 1 no es de ninguna manera normativa. Es solo un ejemplo de tipos de satisfactores posibles. De hecho, cada persona o cada grupo puede construir y llenar la suya según sea su cultura, su tiempo, su lugar o sus circunstancias, o bien según sus limitaciones o sus aspiraciones. De la observación de los distintos casilleros de la matriz que contienen propuestas de satisfactores posibles, se desprende que muchos de los satisfactores indicados pueden dar origen a diversos bienes económicos. Si se escoge, por ejemplo, el casillero 15 que indica formas del hacer para satisfacer la necesidad de entendimiento, se encuentran satisfactores como investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar e interpretar. Ellos dan origen a bienes económicos, según sea la cultura y sus recursos, tales como libros, instrumentos de laboratorio, herramientas, computadoras y otros artefactos. La función de estos es, ciertamente, la de potenciar el hacer del entendimiento.

**Tabla 5. Matriz de necesidades y satisfactores**

<b>Necesidades según categorías axiológicas y categorías existenciales</b>	<b>Ser</b>	<b>Tener</b>	<b>Hacer</b>	<b>Estar</b>
<b>Subsistencia</b>	(1) Salud física y mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	(2) Alimentación, abrigo, trabajo	(3) Alimentar, procrear, descansar, trabajar	(4) Entorno vital, entorno social
<b>Protección</b>	(5) Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	(6) Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud. Legislaciones, derechos, familia. trabajo	(7) Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	(8) Entorno vital, entorno social, morada
<b>Afecto</b>	(9) Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	(10) Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines	(11) Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	(12) Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
<b>Entendimiento</b>	(13) Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición,	(14) Literatura, maestros, método, políticas educativas, políticas comunicacionales	(15) Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	(16) Ámbitos de interacción formativa: escuelas, universidades, academias,

	racionalidad			agrupaciones, comunidades, familia
<b>Participación</b>	(17) Adaptabilidad receptividad, solidaridad disposición, convicción entrega, respeto, pasión humor	(18) Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	(19) Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	(20) Ámbitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
<b>Ocio</b>	(21) Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	(22) Juegos, espectáculos, fiestas, calma	(23) Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	(24) Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes
<b>Creación</b>	(25) Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	(26) Habilidades, destrezas, método, trabajo	(27) Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	(28) Ámbitos de producción y retroalimentación: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
<b>Identidad</b>	(29) Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	(30) Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	(31) Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	(32) Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
<b>Libertad</b>	(33) Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	(34) Igualdad de derechos	(35) Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	(36) Plasticidad espacio-temporal

Fuente: Max-Neef, Elizalde, & Hopenhayn, (2010)

De acuerdo al tema de esta monografía que articula la educación y la salud, es necesario mencionar los satisfactores singulares, es decir aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a la satisfacción de otras necesidades. Son característicos de los planes y programas de desarrollo, cooperación y

asistencia. Al plantearse la cátedra de salud pública como estrategia de aprendizaje autónomo, su principal atributo sería la institucionalización, ya que tanto en la organización del Estado como en la organización civil, su generación suele estar vinculada a instituciones, sean estas Ministerios, otras reparticiones públicas o empresas de diverso tipo (ver tabla 6).

**Tabla 6. Satisfactores singulares del Desarrollo Humano**

<b>Satisfactor</b>	<b>Necesidad que satisface</b>
<b>1. Programas de suministro de alimentos</b>	Subsistencia
<b>2. Programas asistenciales de vivienda</b>	Subsistencia
<b>3. Medicina curativa</b>	Subsistencia
<b>4. Sistemas de seguros</b>	Protección
<b>5. Ejércitos profesionales</b>	Protección
<b>6. Voto</b>	Participación
<b>7. Espectáculos deportivos</b>	Ocio
<b>8. Nacionalidad</b>	Identidad
<b>9. Tours dirigidos</b>	Ocio
<b>10. Regalos</b>	Afecto

Fuente: Max-Neef, Elizalde, & Hopenhayn, (2010)

Esta matriz permite determinar que los programas de suministros de alimentos hacen parte de la subsistencia y desarrollo humano y que es susceptible de intervención desde el ámbito educativo y de las pedagogías. Bajo esta premisa, la Cátedra en Salud Pública fue creada en el Departamento Norte de Santander bajo ordenanza No 0028 de 2003. Mediante esta ordenanza se quiere generar un proceso educativo continuo en la población escolar.

La Cátedra tiene cabida dentro de la asignatura de ciencias naturales y educación ambiental, y está incluida dentro del pensum académico desde el nivel de preescolar hasta el grado once. La intensidad horaria es de una hora semanal, para impartir mensajes en salud sobre las principales enfermedades que afectan a la población en general. Siendo este un proceso sostenible hacia la formación de hábitos saludables en la población educativa.



La enseñanza es dirigida por los docentes encargados del área de ciencias naturales y educación ambiental y/o biología, se utilizan metodologías lúdicas, artísticas y recreativas necesarias para la comprensión e interiorización del mensaje en salud. Se utiliza el Manual Guía del Docente el cual contiene las diferentes líneas prioritarias en salud pública que fueron definidas desde el año 2004 por el nivel nacional, con base en el perfil epidemiológico de las comunidades colombianas.

La Cátedra en Salud Pública hace parte del PEI y del Plan de Mejoramiento Institucional y de área; va dirigida a todos los estudiantes del municipio con mensajes en lo referente a las enfermedades de mayor prevalencia en el municipio según el perfil epidemiológico, morbi- mortalidad sentida y factores de riesgo. La finalidad es generar conceptos básicos necesarios en el educando frente a los factores de riesgo, que permitan la formación y creación de conductas y comportamientos más saludables frente a las enfermedades presentes en su entorno.

La Cátedra de Salud Pública, es una estrategia de promoción de la salud de manera sostenible e integral, donde se institucionaliza no solo la información y educación aislada de conceptos de Salud Pública, sino la estructuración de todo un proceso pedagógico de formación integral de niños, adolescentes y jóvenes de todas las instituciones educativas de Norte de Santander, propendiendo por la construcción de COMPETENCIAS como dinamizadoras sociales de la problemática existente en el contexto local, concertado y articulado entre el sector Salud y Educación (Torres, 2010).

Las Instituciones Educativas implementan la Cátedra a través de módulos temáticos como son: Salud Infantil, Salud Ambiental, Salud Sexual y Reproductiva, Nutrición, Estilos de vida saludables, Lepra, Tuberculosis, Salud Mental y Salud Bucal. Su evaluación es eminentemente lúdico-recreativa, la cual se desarrolla de manera conjunta entre salud y educación local, con los énfasis en las expresiones culturales, tradicionales y autóctonas de cada contexto a través de los medios alternativos de comunicación, desarrollando el proceso mediante una guía metodológica manejada por el docente.

El objetivo fundamental de esta estrategia es generar en el educando bases de juicio actitudinales, frente a los factores de riesgo de su entorno de manera integral y sostenible, afianzando comportamientos y conductas saludables para sí mismo y motor de ejemplo de su núcleo familiar y comunidad que dinamice y empodere a la sociedad a actuar para beneficio individual y colectivo (Torres, 2010).

La Cátedra de Salud Pública se orienta hacia abarcar todo el proceso pedagógico como EL SABER, EL SABER SER Y EL SABER HACER, donde el Saber hacer es la consolidación final de dicho proceso, generando en el educando comportamientos, costumbres y hábitos sostenibles en el tiempo, de esta manera formar COMPETENCIAS ciudadanas, científicas y laborales que le permitan a cada individuo tomar decisiones, infamadas y responsables frente a su cotidianidad como aporte individual hacia una sociedad saludable, de esta manera convertirse en un modelo de conductas en su contexto educativo, familiar, comunitario y social (Hernández, 2006).

#### ***7.4.1. ¿Por qué desde la educación preescolar?***

La eficacia formativa de cualquier nivel educativo depende de múltiples condiciones y factores como la organización y el funcionamiento de la escuela, el apoyo y las demandas del sistema hacia las Instituciones Educativas; sin embargo, las prácticas educativas y, en particular, las formas de trabajo y relación con el grupo ocupan un lugar central. En la configuración de las prácticas educativas influyen tanto el programa educativo como las concepciones explícitas o implícitas que los docentes tienen acerca de los niños, de cómo son y cómo aprenden, la importancia que atribuyen a tal o cual meta educativa, el estilo y las habilidades docentes, entre otros elementos (Bornstein & Lamb, 1999).

La importancia de impartir la cátedra de salud pública desde la educación preescolar radica en que los primeros años de vida ejercen una influencia muy importante en el desenvolvimiento personal y social de todos los niños ya que en ese periodo desarrollan su identidad personal, adquieren capacidades fundamentales y aprenden las pautas básicas para integrarse a la vida social. El rápido avance del conocimiento sobre los procesos y cambios que tienen lugar en el cerebro durante la infancia muestra la existencia de un periodo de intensa producción y estabilización de conexiones neuronales que abarca la edad preescolar.

Actualmente, en la educación preescolar –como en cualquier otro nivel educativo– se observa una amplia variedad de prácticas educativas. Hay muchos casos en que el docente pone en práctica estrategias innovadoras, para atender a las preguntas de sus alumnos y lograr su participación en la búsqueda de respuestas; para despertar su interés por resolver problemas referentes al mundo social y natural, o para aprender reflexivamente reglas de la convivencia social y escolar. En otros casos, a lo largo de un ciclo escolar se mantienen

inalteradas ciertas secuencias de trabajo, independientes de los intereses de los niños o de los sucesos ocurridos en el contexto, donde una gran parte de la corta jornada escolar se destina a la ejecución rutinaria de prácticas –no siempre funcionales– de cortesía, orden e higiene; para la ejercitación de la coordinación motriz o, en el extremo, a actividades sin intención educativa alguna, cuyo único sentido es mantener ocupado y en orden al grupo escolar (Caballero, 1998).

En los últimos años en el ámbito educativo se hace una continua referencia al desarrollo de competencias en los estudiantes, así como de las competencias que deben poseer los docentes para responder a los retos educativos que la sociedad contemporánea plantea. Las reformas educativas de los diversos niveles, incorporan a las prácticas docentes el concepto de competencia, concepto sobre el que se estructuran innumerables talleres, cursos y otros sistemas de actualización ofertados por diversos entes gubernamentales y no gubernamentales para los maestros en servicio. Este proceso de transición y las reformas que se han implementado en nuestro país, implica para los docentes grandes esfuerzos y una constante demanda de apoyo para poder cumplir con calidad su tarea.

Uno de estos campos es el desarrollo de las competencias relacionadas con la actividad motriz, la salud, la nutrición, las costumbres de alimentación y el bienestar emocional que contribuyen al desarrollo individual del niño especialmente el preescolar. Las competencias a desarrollar en este campo se organizan en dos aspectos: Coordinación, Fuerza y Equilibrio: que tiene que ver con el movimiento y la locomoción, la estabilidad y el equilibrio, la manipulación, la proyección y la recepción como capacidades motrices. Y por otro lado, las competencias relacionadas con la salud en el aspecto "Promoción de la Salud", que pretende promover en los preescolares la salud física, la prevención de situaciones de riesgo, los problemas ambientales de la comunidad y su impacto en la salud personal, permitiendo un acercamiento la información científica accesible a su comprensión y a su realidad (Cerdeña, 2010).

La Cátedra de Salud Pública en la Educación Preescolar está dedicada fundamentalmente a favorecer en las niñas y en los niños el desarrollo de las capacidades y actitudes que caracterizan al pensamiento reflexivo, mediante experiencias que les permitan aprender sobre el mundo natural y social. En que el niño o la niña, por el contacto directo con su ambiente natural y familiar y las experiencias vividas en él, desarrollen capacidades de

razonamiento que les permitan entender y explicarse, a su manera, las cosas que pasan a su alrededor.

La curiosidad espontánea y sin límites, y la capacidad de asombro que caracteriza a los niños los conduce a preguntar constantemente cómo y por qué ocurren los fenómenos naturales y otros acontecimientos que llaman su atención, así como a observar y explorar cuánto puede, usando los medios que tienen a su alcance. Desde edades tempranas los niños se forman ideas propias acerca de su mundo inmediato, tanto en lo que se refiere a la naturaleza como a la vida social. Estas ideas les ayudan a explicarse aspectos particulares de la realidad y a encontrarle sentido, así como a hacer distinciones fundamentales, por ejemplo, para reconocer entre lo natural y lo no natural, entre lo vivo y lo no vivo, entre plantas y animales. Empiezan a reconocer los papeles que desempeñan los miembros de su familia; los rasgos que caracterizan sus formas de vida a través de las actividades que se hacen con regularidad, y a entender para qué sirven los medios de comunicación, entre otras muchas cosas (Caballero, 1998).

La promoción de la salud implica que las niñas y los niños aprendan, desde pequeños, a actuar para mejorarla y a tener un mejor control de ella, y que adquieran ciertas bases para lograr a futuro estilos de vida saludables en el ámbito personal y social. Crear estilos de vida saludables también implica desarrollar formas de relación responsables y comprometidas con el medio; fomentar actitudes de cuidado y participación cotidiana, entendiendo a ésta como un estilo de vida que contribuye a evitar el deterioro y a prevenir problemas ambientales que afectan la salud personal y colectiva. Para que las niñas y los niños comprendan que el cuidado del ambiente se logra actuando, el docente debe propiciar que aprendan a hacer un uso racional de los recursos naturales, practicando habitualmente las medidas necesarias y no sólo en relación con programas específicos (campañas de reciclaje, siembra de árboles, recolección de basura, entre otras) (Caballero, 1998).

Aunque la escuela no puede modificar de manera directa las condiciones de vida familiares, económicas y sociales de quienes asisten al preescolar, cuya influencia es importante en su estado de salud, sí puede contribuir a que comprendan por qué es importante practicar medidas de seguridad, de salud personal y colectiva, y a que aprendan a tomar decisiones que estén a su alcance para prevenir enfermedades y accidentes, cuidarse a sí mismos y evitar ponerse en riesgo (Torres, 2010).

Las oportunidades para conversar y aprender sobre temas como las formas de vida en la familia, los problemas ambientales de la comunidad y su impacto en la salud personal, las enfermedades más frecuentes que pueden afectarlos, sus causas y modos de prevenirlas o evitarlas, y la importancia de practicar hábitos de cuidado personal contribuyen a que los niños se formen conciencia sobre la importancia de la salud, si se les permite acercarse a información científica accesible a su comprensión y cercana a su realidad. Se pueden utilizar, además de los módulos, libros, revistas, videos u otro tipo de recursos con imágenes a propósito de las cuales puedan observar y, con apoyo del docente, obtener información sobre las características de enfermedades prevalentes de la infancia más comunes, sus síntomas y las opciones de prevención. Si los niños comprenden por qué son importantes los hábitos de higiene, su práctica habitual se va tornando consciente y deja de ser para ellos sólo una rutina impuesta por los adultos, tal vez carente de sentido (Hernández, 2006).

De esta manera los estudiantes podrán, con base en la comprensión, pensar y proponer acciones, en las que sí están en condiciones de participar y promover la participación de los demás (conversar con sus familiares, elaborar sus propios carteles con mensajes que ellos propongan, practicar habitualmente medidas de higiene y de cuidado de sí mismos). Favorecer el bienestar de los niños y las niñas implica, además de promover la salud física, ayudarles a entender que existen situaciones en las que puede estar en riesgo su integridad personal. Su curiosidad por explorar y conocer, y su vulnerabilidad a los ambientes adversos o poco seguros, son condiciones que deben considerarse para propiciar que comprendan cuáles actitudes y qué medidas pueden adoptar para tomar precauciones y evitar accidentes en el hogar, en la escuela y en la calle. De esta manera aprenderán también a ser cautelosos. Si bien el estado emocional de las niñas y los niños pequeños depende en gran medida del ambiente familiar en que se desenvuelven, la maestra puede ser una figura importante, de gran influencia, en quien puedan confiar cuando enfrentan situaciones difíciles de maltrato o violencia (Hernández, 2006).

El acercamiento del docente con estos pequeños, y los espacios que se abran en el aula para conversar (individualmente, en pequeños grupos o en sesiones de todo el grupo) sobre las sensaciones y emociones que experimentan frente a algunos adultos o ante situaciones en las que no se sienten seguros, ayudan a que los niños empiecen a tomar conciencia sobre lo que les puede provocar miedo o malestar y a reconocer qué pueden hacer cuando se sienten en peligro. Además de los aprendizajes que los pequeños logren en este campo formativo, la Institución Educativa debe propiciar vínculos con las familias al brindarles información y al

emprender acciones de promoción de la salud y calidad de vida. La intervención de la educadora es importante, pues la comunicación que establezca con madres y padres de familia puede contribuir a evitar el maltrato y la violencia intrafamiliar hacia los niños, así como al mejoramiento de los hábitos y las costumbres familiares que les afectan y tienen repercusiones en su desempeño escolar o que más tarde dan lugar a otras problemáticas sociales, donde ellos se ven involucrados (Torres, 2010).

## 8. Conclusiones y recomendaciones

Esta monografía da respuesta e identifica que el mejor proceso de desarrollo humano a partir del aprendizaje autónomo será aquel que permita elevar la calidad de vida de las personas. Lo anterior parte de que la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales, en este sentido según Max-Neef, Elizalde, & Hopenhayn (2010) las necesidades humanas pueden desagregarse conforme a dos (2) criterios posibles: según categorías existenciales y según categorías axiológicas, esta descripción se ampliará en el capítulo de resultados. Sin embargo, dicha combinación permite operar con una clasificación que incluye, por una parte, las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar; y, por la otra, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad. A partir de lo anterior, la estructura curricular de la especialización en Pedagogía para el Desarrollo del Aprendizaje Autónomo, permite articular el interés en la enseñanza y el aprendizaje del individuo humano, a través del fomento de la autogestión de la educación en salud desde edades tempranas, enseñando promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación TICS y acompañando a los niños en el ser y el hacer de hábitos saludables como personas autónomas que aportan también al contexto al que pertenecen.

El entorno normativo de entornos saludables en Norte de Santander, ha planteado políticas públicas a través de procesos participativos, evidenciando que la Política pública de entornos saludables y específicamente la de Escuelas saludables a través de la estrategia “Escuelas Territorios libres de comida chatarra” articula las propuestas, acciones y voluntades del Estado con las realidades y necesidades sociales específicas de una comunidad; en otras palabras, es un sistema en el cual interactúan recíprocamente diversos procesos de análisis, gestión y participación generando impactos económicos, políticos, sociales y culturales que afectan el desarrollo de la sociedad.

Con respecto, al diseño de la política, es claro que constituye una herramienta positiva para el logro de gobiernos saludables, su aplicación, tal cual muestra resultados de las experiencias conocidas, permite el abordaje de múltiples temáticas así como el acercamiento y comprensión integral de las necesidades y problemáticas. En otras palabras, el tema de

promoción de la salud adquiere la forma de un principio fundamental sobre cual deben soportarse las políticas públicas.

En las instituciones educativas se desarrollan proyectos que contribuyen al desarrollo de la estrategia Escuelas Saludables, sin embargo, hay falencias en la divulgación y participación de docentes y comunidad, que aseguren su continuidad y el fortalecimiento de estilos de vida saludables en los escolares. En otras, palabras, en Norte de Santander hace falta el empoderamiento de los directivos, docentes y en general la comunidad. De ahí la importancia de generar en el niño desde temprana edad la conciencia de autocuidado a través de la concienciación de las consecuencias nefastas de una dieta rica en comida chatarra y poca actividad física. En este sentido, no se puede negar que los seres humanos somos el producto de las herencias recibidas de la sociedad y de la educación recibida. Por ello, cada cultura, cada sociedad y cada individuo determinan lo que es comestible y los patrones de consumo, instaurándose una relación dinámica entre lo que se come, lo que se debe comer y lo que se permite comer.

Finalmente, en lo concerniente a la cátedra de salud pública desde preescolar y teniendo como base el marco que ofrece el Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población se puede concluir que la cátedra de salud pública está armonizada y articulada al Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto ha exigido una articulación efectiva de esfuerzos del sector educativo con el ente territorial y el ente departamental. Por otro lado, la cátedra de salud pública en la educación preescolar desempeña una función de primera importancia en el aprendizaje y el desarrollo de todos los niños. Sin embargo, su función es más importante todavía para quienes viven en situaciones de pobreza y, sobre todo, para quienes por razones de sobrevivencia familiar o por factores culturales tienen escasas oportunidades de atención y de relación con sus padres.

Para los niños “en situación de riesgo”, desarrollar competencias en hábitos y estilos de vida saludable que integren los temas de salud pública antes mencionados, hace que la primera experiencia escolar puede favorecer de manera importante el desarrollo de sus capacidades personales para enfrentar, sobreponerse y superar situaciones difíciles derivadas de circunstancias familiares o sociales. Esta capacidad para sortear obstáculos puede ser fundamental para prevenir el riesgo del fracaso escolar y social.



La Cátedra de Salud Pública en la educación preescolar cumple así, una función democratizadora como espacio educativo en el que todos los niños y todas las niñas, independientemente de su origen y condiciones sociales y culturales tienen oportunidades de aprendizaje que les permiten desarrollar su potencial y fortalecer las capacidades que poseen.

## Referencias

- Consumidores en Acción de Centroamérica y El Caribe. (2009). *Comida chatarra en los centros escolares*. San Salvador: Raul Lemus (Beyond Graphics).
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá . (2002). *Capacitación de Maestros en Aspectos de Salud, Alimentación y Nutrición*. Panamá: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá .
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura . (2014). *El Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional de América Latina y el Caribe e*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura .
- Acosta, K. (2013). La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia. *Economía del Rosario*, 16(2), 171-200.
- Análisis de Situación de Salud – Departamento Norte de Santander 2013. (2013). *Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander*. Cucutá: Coordinación de Vigilancia en Salud Pública.
- Arboleda, L. (2013). *Alimentación en las tiendas escolares de Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín- Secretaría de Salud .
- Barrial, A., & Barrial, A. (2012). LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DESDE UNA DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL COMO CONTRIBUCIÓN A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL . *Universidad de Pinar del Río "Hermanos Saíz"* , 1-27.
- Baum, C., & Ruhm, C. (2009). Age, Socioeconomic Status, and Obesity. *Journal of Health Economics*, 28(3), 635-648.
- Bornstein, M., & Lamb, M. (1999). *Developmental Psychology. An advanced textbook*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Caballero, J. (1998). *La medida del estado de salud. Metodología de la encuesta de salud*. . México D.F: Mc Graw Hill.
- Cerda, H. (2010). *Educación preescolar: Historia, Legislación, Currículo y realidad socioeconómico*. Bogotá: Aula Abierta Magisterio.
- Comité Técnico Interinstitucional de Educación Ambiental. (2013). *Plan Departamental de Educación Ambiental* . Cucutá: Departamento norte de Santander .
- Congreso de la República de Colombia. (14 de Octubre de 2009). Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. *Ley 1355 de 2009*. Bogotá.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2005). *Documentos Compes Social 91-Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015*. . Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social.
- Cutler, D., Glaeser, E., & Shapiro, E. (2003). Why Have Americans Become More Obese? *Journal of Economic Perspectives*, 17(3), 93-118.
- Departamento Nacional de Planeación . (2008). *POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (PSAN)*. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica Social .
- Departamento Nacional de Planeación. (2005). *Visión Colombia 2019*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Departamento Nacional de Planeación. (2007). *Metas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Gamboa, L., & Forero, N. (2008). Diferencias en los Índices de Masa Corporal en Colombia en 2005: Una aplicación de los indicadores de desigualdad, Documentos de Trabajo 38. *Universidad del Rosario*, 22.
- Hernández, M. (2006). *Qué y cómo evaluar las competencias de los preescolares*. México: Porrúa-UPN.

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2010). *Resumen ejecutivo ENSIN*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2012). *Guías alimentarias para la población mayor de 2 años*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Instituto Nacional de Bienestar Familiar. (2009). *Encuesta Nacional De La Situación Nutricional En Colombia 2010*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Jacoby, E., & Keller, I. (2006). La promoción del consumo de frutas y verduras en américa latina: buena oportunidad. *Rev chil nutr*, 3(1), 226-231.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2010). Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. *Development Dialogue*, 9-56.
- Ministerio de educación Nacional. (2015). *Programa De Alimentacion Escolar - PAE*. Bogotá: Ministerio de educación Nacional.
- Ministerio de la Protección Social. (10 de 02 de 2008). Resolución número 425. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social, M. d. (2006). *Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables: Escuela Saludable y Vivienda Saludable*. Bogotá: Nuevas Ediciones Ltda.
- Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación. (2006). *Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables*. Bogotá: Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación.
- Ministerio de Protección Social, Ministerio del Medio Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Educación. (2006). *Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables*. Bogotá: Organización Panamericana de la Slud (OPS).

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Nueva York: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2014). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2014*. Roma: FAO, PMA, FIDA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (05 de 05 de 2009). *Promoción de la Salud*. Obtenido de Entorno: <http://www.who.int/gho/es/>
- Organizacion Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud . (1996). *Promoción de la Salud: Una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud .
- Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud. (2009). *Boletín No. 5 de la Red Colombiana de Escuelas Saludables*. Washington: Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de Salud.
- Programa Mundial de Alimentos . (2013). *El estado de la alimentación escolar a nivel mundial* . Roma: PMA.
- Red de Gestores Sociales. (11 de 09 de 2015). *La Seguridad alimentatia en Colombia*. Obtenido de <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=i---67282&volver=1#.VfMmgRFVhBc>
- República de Colombia. (10 de 08 de 2007). Decreto 3039 de 2007. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Republica de Colombia. (09 de 01 de 2007). Ley 1122 De 2007. Bogota, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- República de Colombia. (9 de 06 de 2015). Ley 1753 de 2015. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.

República de Colombia. (24 de 02 de 2015). Resolución 0518 de 2015. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia .

República de Colombia. (11 de 05 de 2015). Resolución número 1536 de 2015. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.

Rodríguez, L., & Díaz, M. (2009). Políticas públicas y entornos saludables. *Facultad De Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario*(47), 5-47.

Torres, M. (2010). Cátedra de Salud Pública ¿Por qué desde la educación Prescolar? *Revista de Pedagogía*(6), 209-220.

Unicef. (2012). *La niñez Colombiana en Cifras*. Bogotá: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia.